

· 护理园地 ·

舒适护理在超高龄患者永久心脏起搏器植入术中的应用

岑爱萍, 万淑红

[关键词] 超高龄患者; 永久心脏起搏器; 舒适护理

[中图分类号] R473.5 [文献标志码] B [文章编号] 1672-271X(2011)05-0450-02

我科于 2010 年 1 月至 2011 年 6 月接受 34 例因各种原因需行永久性人工心脏起搏器植入手术的超高龄患者, 运用舒适护理模式贯穿于超高龄患者永久起搏器植入的整个护理过程中, 有效减轻了患者的痛苦和并发症的发生, 明显提高了患者的舒适度, 使其以最佳的心理状态接受治疗和护理, 现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 34 例, 男 23 例, 女 11 例, 年龄 80~92 岁, 平均年龄 85.3 岁。均表现为头晕、乏力、心悸、黑朦、心律失常及心功能不全等症状, 其中 9 例有晕厥史。心电图提示: 22 例房室传导阻滞 (AVB) 中, 14 例为 II 度 II 型 AVB, 表现为房室传导比例均 $>4:1$, 下传的 P-R 间期恒定, 且 >0.12 s, 表现心室夺获; 8 例为 III 度 AVB, 表现为 P 波与 QRS 波群无固定间期, 呈完全性房室分离, 心室率 30~50 次/min; 8 例病窦中窦性停搏 5 例, 表现为反复出现 P-P 间期 >4 s, 最长达 5.8 s; 3 例为慢-快综合征, 表现为窦性心动过缓、窦性停搏与快速室上性心律失常交替出现; 4 例为心肌梗死后引起, 心室率 <45 次/min, 经药物治疗无效。起搏方式: 34 例 (植入术 28 例, 置换术 6 例) 中单腔 18 例, 双腔 6 例, 三腔 3 例, 单腔数字化起搏器 3 例, 双腔数字化起搏器 3 例, 植入型心脏除颤起搏器 (ICD) 1 例。

1.2 方法 根据 34 例超高龄患者的心理、生理及疾病个体差异, 有针对地制订个性化舒适护理计划并实施护理。

1.3 结果 通过实施舒适护理计划, 34 例均顺利康复出院, 无护理并发症及无护理投诉, 满意率 100%, 达到了预期的目的。

2 舒适护理

2.1 术前舒适护理

2.1.1 心理舒适护理 患者存在的心理问题: ①生活环境改变, 角色改变; ②患者年岁过高, 情绪极不稳定, 存在小孩的心理状态, 俗称“老小孩”; ③由于年龄过大, 对医疗水平持有顾虑, 对远期的生活质量信心不足; ④起搏器价格昂贵, 并担心术后疼痛和危险等。针对以上不同的心理, 责任护士采用舒适护理模式有的放矢地进行心理护理; 热情主动地接待患者, 微笑服务, 运用亲切的语言介绍住院环境、主管医生及各项安全措施等; 适当讲解与疾病、手术有关的知识, 树立战胜疾病的信心, 融洽护患关系, 取得信任, 使患者感到家的温暖, 积极配合治疗护理。

2.1.2 环境舒适护理 创造舒适环境, 体现人文关怀, 舒适环境的管理是重要的护理活动^[1], 特别对住院患者, 合适的声响、光泽、气味、温湿度能提高环境的舒适度; 患者床单元保持平整柔软, 清洁干燥, 使患者置身于舒适的治疗环境, 能缩短环境适应期, 提高适应与调节的自控能力, 缓解不适, 减少并发症。

2.1.3 术前准备工作 术前准备的对象不仅仅限于患者本人, 还包括患者的亲人及其他陪伴人员。有些患者存在交流障碍, 如听力或视力缺陷、失语等, 需要获得家属或陪护人员的帮助。术前准备包括: 患者及家属自愿在病历上签字、费用的支付; 皮肤的准备, 床上大小便的训练, 抗生素的选择, 适时停用抗凝剂, 睡眠及术中的配合, 陪同患者完善各项辅助检查, 落实健康教育等。

2.2 术中舒适护理

2.2.1 安全护送患者 医护人员与家属一起将患者安全送到心导管室, 并与心导管室的护士进行交接, 为减轻患者的痛苦, 减少血肿和气胸的发生, 便于锁骨下静脉穿刺顺利, 在护士的帮助下, 给予去枕平卧位, 于肩底部垫上一小垫, 将术侧上肢稍

作者简介: 岑爱萍 (1963-), 女, 安徽郎溪人, 本科, 副主任护师, 从事护理管理工作

作者单位: 210002 江苏南京, 解放军 81 医院心血管内科

外展,并于穿刺时指导患者,切勿用力咳嗽和深呼吸及摆动身体等^[2]。

2.2.2 细致而严密地观察术中变化 在手术过程中,加强对患者的心理疏导,予以语言劝慰,同时密切观察其面色、神态、呼吸、心率、心律、血压等变化及术中有无并发症等。各电极参数调试满意后与起搏器行安装连接时,护士与医生共同核对心搏器各衔接电极的编号,防止电极安放错位,连续观察起搏情况。医护人员在手术各个环节中应配合默契,尽量缩短手术时间,严格执行无菌技术的查对制度。如果手术时间较长,应做好患者排尿、排便的护理,并及时向患者家属通报手术情况^[3]。

2.2.3 对起搏器置换术患者术中的舒适护理 采取“以防为主”的原则,心导管护士要密切注意手术进展,还应注意有无胸闷、胸痛、气促、恶心等症状,尤其从体内取出起搏器的瞬间,注意有无头晕、黑朦等一过性意识障碍等表现。置换者卡袋内若有新旧电极并存,极易发生切口出血,要注意止血,常规注射抗生素^[4]。

2.3 术后舒适护理

2.3.1 体位舒适护理 责任护士准备好床位,主动迎接患者,给予平卧位至少 24 h,予以常规永久性人工心脏起搏器术后护理常规。为增加患者的舒适感,防止呼吸道感染和进食、进饮的危险,术后第 2 天起,可给予术侧肩背部垫枕或低半卧位,并帮助患者术侧(除肩关节外)关节的被动活动,适当活动可预防血栓的形成,避免术侧上肢静脉输液。

2.3.2 睡眠护理 由于患者精神紧张、术后取卧位,加上老年人睡眠少等会造成睡眠障碍。护士应认真听取患者主诉,分析原因,采取有效的护理措施,增加患者的舒适度,必要时应用少量的镇静剂。

2.3.3 避免术后感染 安装起搏器局部皮肤及全身感染,可直接影响生命和起搏器寿命^[5],术后常规测体温 4 次/d 并记录,密切观察起搏器植入处皮肤有无红、肿、热、痛,有无波动感,换药时纱布上有无异味等。做好局部皮肤护理,保持局部皮肤清洁、干燥,宜穿宽松的棉质衣服,防止摩擦,对营养不良及伴有糖尿病患者,应重视饮食疗法。

2.3.4 重视健康教育 健康教育本身是一种治疗方法,患者有权利享受这种护理服务^[6]。患者需要医务人员的专业护理指导,以满足治疗性自理的需要^[7]。在恢复期间,第一次下床前,指导患者先在床上行肢体活动数分钟,再缓慢坐起,最后在床边走动数分钟,以无不妥为宜;如有不适,应及时停止一切活动。避免突然更换体位引起的体位性血压变

化。同时教会患者及家属自数脉搏,每天最好在同一时间,安静状态下测量并记录,可了解起搏器的起搏情况,如所测脉搏比预置的慢 5 次/min 或以上,应及时就诊。多采用鼓励性的语言来增强患者的信心,避免患侧做剧烈重复的甩手动作,避免患侧肩部负重及从高处往下跳^[8]。

2.3.5 出院后的舒适护理 做好出院随访及回访工作,术后 1 周内,责任护士到患者家中询问患者的情况,是否按医嘱进行锻炼、进食及局部护理等,并耐心解答患者及家属的疑问。术后 1、3、6 个月各随访一次,以后 1 年随访一次。术后避免接触高压电、强磁性物品及环境。如出现肢体肌肉抽动和触电的感觉或心慌、心累、晕厥等植入起搏器前的症状,可能是起搏器故障,应引起重视,及时就医。

3 讨论

舒适护理^[9]是一种整体的、个性化的、创造性的有效的护理模式,它使人在生理、心理、社会、灵魂上达到最愉悦的状态或缩短,降低其不愉快的程度。开展舒适护理,护士必须掌握广泛的相关知识,在进行健康教育的同时,利用自己具备的专业知识及专业技能,科学有效地利用各种手段为患者解除痛苦。对于超高龄患者,在进行护理操作时,以轻柔的手法、精湛的技术、丰富的专业知识、体贴周到的服务为患者提供舒适护理,同时还应在护理技术的应用、创新研究中,注重舒适效果的评价。

【参考文献】

- [1] Ann ZJ. Introduction to nursing JB[M]. Lippincott comp Any ZB, 1997:152-153.
- [2] 麦爱欢,童玲,吴少群,等. 心脏起搏器安置术的护理与程控管理[J]. 国际护理学杂志, 2006, 25(6):442-443.
- [3] 殷勤. 颈动脉支架植入术治疗动脉狭窄[J]. 医学研究生学报, 2004, 17(10):946.
- [4] 王本方. 人工心脏起搏器置换术的护理[J]. 蚌埠医学院学报, 2006, 26(3):276-277.
- [5] 林平,何雪琳,吕东梅. 2 例安装永久心脏起搏器患儿的护理[J]. 中华护理杂志, 2004, 39(6):468-469.
- [6] 黄津芳. 医院健康教育的科研方向[J]. 中华护理杂志, 1998, 33(11):676.
- [7] 温碧琪. 用自理学说指导肝门胆管癌综合治疗的护理[J]. 中华护理杂志, 2001, 35(2):92-94.
- [8] 朱晓毓,黄素英. 永久性起搏器并发症的家庭防护[J]. 护士进修杂志, 2000, 15(10):795-796.
- [9] 张宏,朱光君. 舒适护理的理论与实践研究[J]. 护士进修杂志, 2001, 16(6):409.

(收稿日期:2011-07-08)

(本文编辑:孙军红)